Deutscher Bundestag **Drucksache 19/5909**

19. Wahlperiode 20.11.2018

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Antrag

der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, Dr. Bettina Hoffmann, Katja Dörner, Dr. Anna Christmann, Kai Gehring, Erhard Grundl, Ulle Schauws, Margit Stumpp, Beate Walter-Rosenheimer, Britta Haßelmann, Corinna Rüffer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Im Notfall gut versorgt – Patientengerechte Reform der Notfallversorgung

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Seit Jahren kommen zunehmend Patientinnen und Patienten in die Notaufnahmen von Kliniken, die keiner stationären Behandlung bedürfen und denen in einer niedergelassenen Praxis genauso gut hätte geholfen werden können. Das unübersichtliche Nebeneinander von Arztpraxen, kassenärztlichem Bereitschaftsdienst, Rettungsdient und Notaufnahmen macht es vielen Bürgerinnen und Bürger schwer, im Falle gesundheitlicher Probleme das für sie passende Versorgungsangebot zu finden. Patientenbefragungen zeigen, dass Angebote der kassenärztlichen Versorgung manchen Patientinnen und Patienten nicht erreichen oder nicht durchgängig verfügbar sind. Kliniken hingegen haben mitunter ein finanzielles Interesse daran, solche Fälle kurzzeitig stationär aufzunehmen. Grund dafür ist die Trennung der Versorgungs- und Vergütungsstrukturen zwischen ambulantem und stationärem Sektor. Wie in einem Brennglas zeigen sich hier die vielfach beklagten Koordinations- und Steuerungsprobleme der Gesundheitsversorgung in Deutschland.

Oft wird den Patientinnen und Patienten die Verantwortung für diese Defizite zugewiesen. Dabei ist es Aufgabe der Politik und der anderen relevanten Akteure, die Versorgung so zu steuern und das Angebot der Notfallversorgung so auszugestalten, dass es den Versorgungsnotwendigkeiten der Patientinnen und Patienten entspricht.

Ziel einer Reform der Notfallversorgung muss es sein, Patientinnen und Patienten die für sie sinnvolle und qualitativ hochwertige medizinische Hilfezu ermöglichen. Dafür muss die Notfallversorgung über die bestehenden ambulanten und stationären Sektoren hinweg koordiniert und verantwortet werden. Zudem müssen Bürgerinnen und Bürger besser als bislang über medizinische Hilfsangebote in ihrer Nähe informiert werden.

Zentraler Baustein der Reform ist die Schaffung eines verständlichen Behandlungspfades für Patientinnen und Patienten, die Hilfe suchen: dazu gehört eine einheitliche Notrufnummer und Leitstelle, die rund um die Uhr Beratung anbietet und die Betroffenen weiter vermittelt; dazu gehören ebenso zentrale Standorten

von Notfallpraxen an Kliniken mit einem gemeinsamen Tresen, an denen Patientinnen und Patienten ein für sie medizinisch gebotene Versorgungsangebot erhalten.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. einen Gesetzentwurf vorzulegen, der
   a) die Ansiedlung von Notfallpraxen zur Versorgung ambulanter Notfälle an bestimmten Krankenhausstandorten zwingend vorschreibt;
   b) den Sicherstellungsauftrag für eine integrierte Notfallversorgung auf die Länder überträgt und ein geeignetes Gremium etabliert, das im Einvernehmen mit den Krankenkassen Standorte für die ambulante Notfallversorgung identifiziert und entsprechende Versorgungsaufträge vergibt. Bewährte regionale Regelungsmodelle sind dabei zu berücksichtigen;
   c) den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, Qualitätsvorgaben auch für die ambulante Notfallversorgung zu beschließen, die neben allgemeinen Strukturvorgaben auch Vorgaben für die Versorgung geriatrischer, pädiatrischer und psychiatrischer Notfälle vorgibt und die Pflicht zur Anwendung einer standardisierten Triage etabliert;
   d) ein einheitliches Vergütungssystem für den Bereich der gesamten Notfallversorgung etabliert, das die besonderen Versorgungs- und Vorhalteanforderungen berücksichtigt;
   e) den Strukturfonds nach § 12 KHG für die Anschubfinanzierung zur Etablierung von Notfallpraxen an Kliniken zu öffnen.
2. bei den Ländern und Kassenärztlichen Vereinigungen darauf hinzuwirken, dass integrierte Leitstellen etabliert werden, in denen mittels standardisierter Ersteinschätzung das für die Anrufer passende Hilfs- und Versorgungsangebot gefunden wird;
3. bei der Bundesärztekammer darauf hinzuwirken, dass ein Fachärztin/Facharzt für Notfallmedizin eingeführt und die zeitweise Tätigkeit in einer Notfallpraxis als verpflichtender Teil der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin festgeschrieben wird;
4. bei den zuständigen medizinischen Fachgesellschaften darauf hinzuwirken, dass einheitliche medizinische Behandlungsleitlinien zur Versorgung von Notfallpatientinnen und –patienten etabliert werden, die insbesondere die Versorgungsbedürfnisse von geriatrischen Patienten berücksichtigt;
5. über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) eine öffentliche Informationskampagne zu initiieren, mittels der Bürgerinnen und Bürger verständlich über Strukturen und Hilfsangebote im Bereich der Notfallversorgung informiert werden, sowie bundeseinheitliche eine App zur Verfügung zu stellen, über die sich Patientinnen und Patienten aktuell über Möglichkeiten der Notfallversorgung in der Nähe informieren können.

Berlin, den 19. November 2018

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Begründung

Seit Jahren kommen zunehmend Patientinnen und Patienten in die Notaufnahmen der Krankenhäuser, deren Krankheitsbilder sich kaum von denen im Wartezimmer einer Hausarztpraxis unterscheiden. Ein großer Teil dieser Personen kommt als „Selbstvorsteller“ ohne ärztliche oder rettungsdienstliche Einweisung (aQua „Ambulante Notfallversorgung – Analyse und Handlungsempfehlungen“; Somasundaram et al, Beweggründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen, Gesundheitswesen 2016; Ingmar Schäfer et al, Patienten in den Notaufnahmen von Norddeutschen Kliniken (PiNo Nord), Deutsches Ärzteblatt International 2017). Häufig sind ihre Symptome unklar, so dass ihnen als Laien eine valide Abschätzung, welcher Art von medizinischer Behandlung in ihrem Fall angezeigt ist, nicht zuzumuten ist. Vielen Betroffenen kann allerdings mit einer ambulanten Behandlung geholfen werden, die teilweise auch in einer niedergelassenen Praxis hätte erbracht werden können.

Patientenbefragungen zeigen, dass Behandlungsangebote im niedergelassenen Bereich offensichtlich einen Teil ihrer potentiellen Zielgruppe nicht (mehr) erreichen und teilweise auch nicht zeitnah verfügbar sind. Dies gilt insbesondere für traditionell sprechstundenfreie Zeiten (Somasundaram et al, Beweggründe für die Inanspruchnahme von Notaufnahmen, Gesundheitswesen 2016; Ingmar Schäfer et al, Patienten in den Notaufnahmen von Norddeutschen Kliniken (PiNo Nord), Deutsches Ärzteblatt International 2017). Das bestehende Angebot des Kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes ist für viele Patientinnen und Patienten nur schwer durchschaubar, insbesondere in Situationen, in denen sie sich schnelle medizinische Hilfe erhoffen. Die Notrufnummer 116 117 ist in der Bevölkerung kaum bekannt und nicht durchgehend verfügbar (KBV Versichertenbefragung 2017, aQua „Ambulante Notfallversorgung – Analyse und Handlungsempfehlungen“). Das Versorgungsangebot ist regional unterschiedlich, es gibt stellenweise keine festen Anlaufpraxen oder nur eingeschränkte Öffnungszeiten. Im fachärztlichen Bereich oder bei akuten psychischen Krisen ist oft gar kein spezifisches Hilfsangebot verfügbar, so dass hier im Zweifel doch auf die Notaufnahme einer Klinik zurückgegriffen wird. Auch bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten selbst ist die Teilnahme am Bereitschaftsdienst wenig beliebt.

Die Notaufnahmen klagen ebenfalls über Probleme: Ein Teil der Kliniken verfügt über keine Zentrale Notaufnahme, in der die Patientinnen und Patienten gezielt in die jeweiligen Behandlungswege geleitet werden können, oder hat kein Triage-System etabliert, um die Behandlungsdringlichkeit ihrer Patientinnen und Patienten systematisch einzuschätzen (DGINA-Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus, 2015).Oft sind Notaufnahmen keine eigenständige Abteilung der Klinik mit festem Personalstamm, sondern ziehen ihr Personal im Wechsel aus unterschiedlichen Abteilungen des Klinikums. Die Tätigkeit dort gilt wegen mangelnder Relevanz für die Facharztausbildung und fehlender Möglichkeit zum Erwerb einer Zusatzqualifikation unter den Beschäftigten eher als „notwendiges Übel“; oft werden dort wenig erfahrene Assistenzärztinnen und -ärzte ohne ausreichende fachärztliche Betreuung im Hintergrund eingesetzt (ZEIT 30/2014, „Not in der Notaufnahme; Niehues/Fenger, Das Krankenhaus 08/2013). Die Ausstattung in einem Teil der Notaufnahmen ist für eine adäquate Versorgung auch schwerstkranker Personen unzureichend; daher hat der Gemeinsame Bundesausschuss im Frühjahr 2018 Mindestvorgaben für die stationäre Notfallversorgung erlassen, die die Zahlung von Zuschlägen an ein gestuftes System struktureller Bedingungen knüpft.

Die Vergütung der Leistungen, die in der Notaufnahme erbracht werden, ist ebenfalls nicht einheitlich und richtet sich danach, ob die Leistung ambulant oder nach einer stationären Aufnahme erbracht wurde. Bei einer ambulanten Versorgung der Personen erfolgt die Vergütung über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) durch die Kassenärztlichen Vereinigungen, die ein finanzielles Eigeninteresse an einer möglichst niedrigen Vergütung haben. Dies war in den letzten Jahren immer wieder Anlass für Streitigkeiten zwischen den Sektoren. Auch wenn die wirtschaftliche Lage der Notaufnahmen umstritten ist, so hat sich doch eindeutig gezeigt, dass sich das bisherige, zersplitterte Vergütungssystem nicht bewährt hat.

Viele Patientinnen und Patienten wünschen sich ein niedrigschwelliges, sektorübergreifendes Versorgungsangebot. Bislang hat die sektorale Trennung im Gesundheitswesen eine entsprechende Reform der Notfallversorgung verhindert. Der Wille zur Kooperation zwischen Kliniken und den Vertretern der Kassenärztinnen und -ärzte ist begrenzt, ökonomische Interessen der jeweiligen Seite stehen häufig im Vordergrund der Auseinandersetzungen. Der jahrelange Stillstand bei der Reform der Notfallversorgung zeigt, dass es wenig bringt, lediglich auf eine bessere Kooperation der Sektoren zu hoffen. Ebenso wenig ist es zielführend, das Patientenverhalten zu kritisieren und durch Vorschläge wie die Einführung einer Notfallgebühr auf eine Verhaltensänderung der Betroffenen zu hoffen. Vielmehr gilt es, die Sektorengrenzen aufzubrechen und die Strukturen der Notfallversorgung so zu reformieren, dass sie die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten treffen.

Schon im Jahre 2003 hatte der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen Reformen beim Rettungsdienst und bei der Notfallversorgung angemahnt. Geschehen ist in der Folgezeit wenig. Nunmehr hat der Sachverständigenrat erneut detaillierte Vorschläge zur Reform der Notfallversorgung vorgelegt. Darin fordert er eine Versorgungsplanung aus einer Hand, eine Steuerung der notfallmedizinischen Angebote einschließlich des Rettungsdienstes über Integrierte Leitstellen sowie eine einheitliche Planung ambulanter und stationärer Notfallversorgung an definierten Standorten durch die Länder. Die Vergütung soll in einem eigenständigen System, getrennt nach Vorhaltekosten- und Fallpauschalen, erfolgen. Der Sachverständigenrat sieht in einer solchen Reform ein „Pilotprojekt für eine bedarfsgerechte sektorenübergreifende Versorgung“ (Gutachten des Sachverständigenrates zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2018 „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“).

Zu den Forderungen im Einzelnen:

Zu **1 a):** Bislang ist die Einrichtung von Notfallpraxen an Krankenhausstandorten zur Versorgung von ambulanten Notfällen zwar als Soll-Vorschrift in § 75 Absatz 1b Satz 2 SGB V vorgesehen, die Einrichtung derartiger Praxis an Kliniken verläuft bislang allerdings schleppend. Um ein flächendeckendes, einheitlich strukturiertes Versorgungsangebot zu schaffen, ist es daher erforderlich, die Etablierung solcher Praxen an Krankenhäusern verbindlich vorzuschreiben.

Zu **1 b):** Die Planung der Strukturen in der Notfallversorgung soll zukünftig sektorübergreifend auf Landesebene erfolgen. Anhand des ermittelten Versorgungsbedarfs in der Bevölkerung sollen Standorte festgelegt werden, an denen ein umfassendes Angebot an (ambulanter und stationärer) Notfallversorgung vorgehalten wird. An diesen Standorten müssen – neben den klassischen Notaufnahmen – Notfallpraxen eingerichtet werden, in denen ambulante Fälle behandelt werden. Diese Praxen sind räumlich und technisch eng an die Notaufnahmen angebunden. Das gilt sowohl für die Mitnutzung diagnostischer Angebote wie Röntgen, CT und Labor wie auch für eine einheitliche IT-Struktur, die eine rasche Informationsübermittlung zwischen beiden Einheiten ermöglicht. Die Trägerschaft und Kooperationsform dieser Notfallpraxen soll flexibel ausgestaltet werden: sie können durch die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen, die Krankenhäuser selbst, aber auch durch Kommunen oder Ärztenetzwerke betrieben werden. Bereits existierende und bewährte regionale Lösungen müssen in die Ausgestaltung mit einbezogen werden. Ausschlaggebend muss sein, wer das beste Versorgungsangebot sicherstellt. Die Vergabe des Versorgungsauftrags soll durch die Aufsichtsbehörde auf Grundlage einer Empfehlung eines damit beauftragten Gremiums und im Einvernehmen mit den gesetzlichen Krankenkassen erfolgen. Auch der fahrende Bereitschaftsdienst für Hausbesuche soll im jeweiligen Einzugsgebiet von diesen Praxen aus organisiert werden.

Zu **1 c):** Der Gemeinsame Bundesausschuss wird verpflichtet, Vorgaben zur Qualität der gesamten Notfallversorgung zu erlassen. Dies umfasst beispielsweise das (Mindest-)Versorgungsangebot einschließlich der Verfügbarkeit von FachärztInnen, die Ausstattung der Praxen oder die Öffnungszeiten der jeweiligen Einrichtungen. Bei Bedarf muss die Praxis so ausgestattet sein, dass telemedizinische Facharztkonsultationen jederzeit möglich sind. Ebenfalls sollten sie flexible Vorgaben zur Personalbemessung enthalten, deren Berücksichtigung durch bestimmte Qualitätskriterien wie die regelmäßige Einhaltung der Triage-Zeiten von der Einrichtung nachgewiesen werden muss. Auch die Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit besonderen Versorgungsbedürfnissen sollen bei der Ausgestaltung der Strukturen berücksichtigt werden. Für Kinder und psychiatrische Notfalle sind –

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

soweit möglich - in räumlicher Nähe besondere Angebote der Notfallversorgung zu schaffen. Auch für die Versorgung der steigenden Zahl an Personen mit geriatrischem Versorgungsbedarf müssen verbindliche Vorgaben für die Versorgung dieser Patientinnen und Patienten festgelegt werden.

Zu **1 d):** Die Vergütung in der Notfallversorgung muss neu geordnet werden. Die in den Notaufnahmen, Notfallpraxen und im Hausbesuchsdienst erbrachten Leistungen sollen nach einem einheitlichen System vergütet werden. Für die in den Notaufnahmen erbrachten Leistungen sind gesonderte DRGs zu entwickeln. Zudem sollen den Einrichtungen für Vorhaltekosten individuell vereinbarte Pauschalen oder Leistungszuschläge gewährt werden, wenn diese Kosten auf andere Art und Weise nicht aufgebracht werden können. Das gilt insbesondere für die Sicherstellung des Angebots in strukturschwachen Regionen. Dafür ist eine transparente Ausweisung dieser Kosten in den Budgets der Krankenhäuser unerlässlich. Sollte eine solche einheitliche Vergütung in den bisherigen Systemen nicht möglich sein, muss die Vergütung der gesamten Notfallversorgung aus einem eigenständigen Budget erfolgen. Dazu sind sowohl die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung im niedergelassenen Bereich wie auch die Berechnung der DRGs im stationären Bereich entsprechend zu bereinigen und die entsprechenden Anteile in dieses neue Budget zu überführen.

Zu **1 e):** Für den Aufbau der Notfallpraxen nach den Vorgaben des gemeinsamen Bundesausschusses sollen – wie im Referentenentwurf des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes bereits vorgesehen - Zuschüsse aus dem Strukturfonds nach § 12 KHG in Form einer Anschubfinanzierung ermöglicht werden.

Zu **2:** Die Leitstellen für den Rettungsdienst (112) und den Kassenärztlichen Bereitschaftsdienst (116 117) sollen – wie heute schon vereinzelt geschehen - zusammengelegt werden und rund um die Uhr erreichbar sein. Im Rahmen einer standardisierten Notrufabfrage sollen entsprechend qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Patientinnen und Patienten mittels einer ersten Einschätzung der gesundheitliche Situation und des Versorgungsbedarfs an die jeweils für sie passenden Hilfsangebote weitervermitteln. Dabei muss darauf geachtet werden, dass weniger dringende Anrufe die Leitstellenarbeit nicht behindern; dies kann zum Beispiel dadurch geschehen, dass diese an ein zusätzliches telefonisches Beratungsangebot weitergeleitet werden. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Leitstellen müssen die regionalen Versorgungsstrukturen vor Ort kennen und in die Lage versetzt werden, Auskunft beispielsweise auch zur Verfügbarkeit und Öffnungszeiten von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte zu geben. Die dafür nötigen Daten sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen bereit zu stellen. Die Arbeit der Leitstellen muss zudem eng mit psychosozialen Notfalldiensten verzahnt werden.

Zu **3:** Um die Qualität und Attraktivität dieses Versorgungsbereiches zu erhöhen, sollte – wie in anderen europäischen Staaten auch – auf der Grundlage des Europäischen Curriculums für Notfallmedizin ein Facharzt für Notfallmedizin eingeführt werden. Auch für Pflegekräfte sind entsprechende Möglichkeiten zur Zusatzqualifikation zu schaffen. Die zeitweise Tätigkeit in einer Notfallpraxis sollte fester Bestandteil der Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin werden.

Zu **4:** Die zuständigen medizinischen Fachgesellschaften sollen gemeinsame medizinische Behandlungsstandards für die Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten erarbeiten. Teil dieser Standards sollen auch Vorgaben zur Notfallversorgung älterer Patientinnen und -patienten enthalten, insbesondere im Hinblick auf das Erkennen und die Behandlung geriatrischer Notfallpatientinnen und -patienten, auf eine Delirerkennung und eine Medikamentenanamnese. Die besonderen Bedürfnisse von Demenzkranken sind dabei zu berücksichtigen.

Zu **5:** Für viele Bürgerinnen und Bürger ist das derzeitige System der Notfallversorgung in Deutschland unübersichtlich. Daher müssen die Notfallstrukturen nach einer Reform durch ein entsprechendes Internetangebot und schriftliche Informationen an alle Haushalte bekannt gemacht werden. Die Informationsmaterialien können regional angepasst werden und sollen Kontaktdaten und Öffnungszeiten der jeweiligen Einrichtungen enthalten. Zudem ist eine bundesweite App zur Verfügung zu stellen, mittels der Benutzerinnen und Benutzer im Notfall zu jeder Tages- und Nachtzeit die jeweils verfügbaren medizinischen und psychosozialen Hilfsangebote vor Ort

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

(einschließlich niedergelassener Praxen) angezeigt werden. Die dafür benötigten Daten zu Adressen und Sprechzeiten sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Notfallpraxen, den Krankenhäusern und den Kommunen bereit zu stellen und auf dem neusten Stand zu halten.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.